

ХОДАТАЙСТВО О ВОЗМЕЩЕНИИ Дополнительное страхование

Страховщик – ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal (зарегистрировано в Литве), оказывающее в Эстонии услуги через ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal.

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Имя и фамилия _____ Личный код _____

Адрес _____
Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), индекс, город или волость

Телефон _____ Э-почта _____

Страховой полис № 70-5 _____ - _____

- Прошу выплатить мне страховое возмещение
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Суточные деньги вследствие несчастного случая | <input type="checkbox"/> Дополнительное страхование нетрудоспособности |
| <input type="checkbox"/> Больничные суточные деньги вследствие несчастного случая | <input type="checkbox"/> Дополнительное страхование больничных суточных денег |
| <input type="checkbox"/> Инвалидность в результате несчастного случая | <input type="checkbox"/> Критическое заболевание |

Состояние здоровья застрахованного до наступления страхового случая _____

Хронические заболевания и постоянные расстройства здоровья застрахованного _____

Медицинские учреждения, в которых застрахованный лечился в течение последних двух лет _____

Информация о страховом случае

Время наступления страхового случая _____
День, месяц, год

Время _____

Место наступления страхового случая _____

- Страховой случай имел место
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> на работе (в школе) / по дороге на работу или с работы | <input type="checkbox"/> в результате заболевания |
| <input type="checkbox"/> на тренировке / соревнованиях по соревновательному спорту | <input type="checkbox"/> в свободное время |
| <input type="checkbox"/> при занятиях любительским спортом | <input type="checkbox"/> по иной причине, в ином месте (где?) |

Какая часть тела была повреждена? Точный диагноз _____

Была ли пострадавшая часть тела повреждена ранее? Нет Да, когда? _____

Подробное описание случая _____

Информация о нетрудоспособности и лечении

Когда после страхового случая застрахованное лицо впервые обратилось к врачу?

_____ День, месяц, год Время _____

Название и адрес медицинского учреждения _____

Фамилия, телефон лечащего врача _____

Какое лечение было оказано застрахованному лицу? Приложите, пожалуйста, выписку из амбулаторной карты.

Находилось ли застрахованное лицо после страхового случая в больнице? Да Нет

Если да, укажите, пожалуйста, с какого по какое время и в какой больнице. Приложите, пожалуйста, выписку из истории болезни.

У каких врачей застрахованное лицо впоследствии получило помощь в связи со страховым случаем? _____

Как долго застрахованное лицо было нетрудоспособным в связи с вышеупомянутым случаем (как долго отсутствовало на работе или в школе)? Приложите, пожалуйста, документ, подтверждающий временную или постоянную нетрудоспособность.

Было ли время лечения в результате страхового случая продлено вследствие других заболеваний? Да Нет

Kui jah, siis millised? _____

Kas on olemas kindlustusjuhtumi tunnistaja(d)? Да Нет

Если да, укажите, пожалуйста, фамилию (фамилии) и контактные данные свидетеля (свидетелей). _____

Находился ли застрахованный в момент наступления страхового случая в состоянии алкогольного опьянения или под действием наркотических веществ? Нет Да

Если да, укажите употребленное количество. _____

Другая информация, касающаяся случая

Было ли после наступления страхового случая возбуждено уголовное производство или производство в связи с проступком? Да Нет

Если да, приложите документ о возбуждении / прекращении уголовного производства или производства в связи с проступком.

Укажите, пожалуйста, также контактные данные инспектора полиции, занимающегося случаем.

Приложения
к ходатайству
о возмещении

- Копия документа, удостоверяющего личность застрахованного лица
- Копия карты вызова скорой помощи или карты пациента
- Выписка из амбулаторной карты
- Выписка из истории болезни (в случае больничного лечения)
- Копия листка нетрудоспособности _____ шт.
- Решение об установлении постоянной нетрудоспособности или решение об оценке трудоспособности
- Рапорт о несчастном случае на производстве
- Справка из полиции
- Другие документы _____ шт.

Какие? _____

Прошу перевести деньги на расчетный счет № _____

Владелец расчетного счета _____

Имя и фамилия

Подтверждаю, что представленные мной данные являются верными и полными. Мне известно, что если я представил неверную или неполную информацию, страховщик имеет право уменьшить страховое возмещение или отказаться от его выплаты. Мне известно, что исходя из указанного в условиях договора страхования, страховщик имеет право получить дополнительную информацию, касающуюся страхового случая, у владеющих ею лиц. Даю согласие на передачу моих личных данных врачу-эксперту при урегулировании ущерба. Также уполномочиваю страховщика ознакомиться с данными, касающимися моего здоровья, и запрашивать от моего имени дополнительную информацию о моем здоровье у лечивших меня медицинских учреждений, лечащих врачей и других лиц, обладающих информацией, касающейся моего здоровья.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Имя и фамилия

Дата _____

День, месяц, год

Подпись _____

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ

Имя и фамилия

Дата _____

День, месяц, год

Подпись _____